



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



RECTORADO

VICERRECTORADO DE PROFESORADO

**- AUTORIZACIÓN TEMPORAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA
CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN -**

El/la profesor/a

D./Dña.:

DNI:

Correo electrónico:

Categoría/Cuerpo/Escala:

Área de Conocimiento:

Departamento:

Centro:

Ha sido **AUTORIZADO** por el Rector Magnífico de la Universidad de Salamanca con fecha _____ para la prestación de servicios de atención sanitaria voluntaria bajo la dirección de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con el fin de hacer frente a la crisis ocasionada por COVID-19.

Esta autorización permanecerá en vigor en tanto la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León mantenga activos los equipos de refuerzo sanitario.

En Salamanca, a

Solicitante voluntario

El Director del Departamento

El Vicerrector de Profesorado
JOSÉ MARÍA DÍAZ MÍNGUEZ